



**DIRECT DEPOSIT PRE-AUTHORIZATION FORM
FORMULAIRE DE PRÉAUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT**

Member ID/Numéro de membre: _____

Name/Nom: _____

Address/Adresse: _____

City/Ville: _____

Province: _____ PC/CD: _____

Direct deposit of benefits can be made to your account in any financial institution recognized in **New Brunswick** including banks, credit unions, caisse populaires or trust companies.

*Le service de dépôt direct des prestations dans votre compte est offert dans tous les établissements financiers reconnus au **Nouveau-Brunswick**, y compris les banques, coopératives de crédit, caisses populaires et sociétés de fiducie.*

If you have a personalized cheque on which your name and account number is printed/

Si vous avez un chèque personnalisé sur lequel sont imprimés votre nom et votre numéro de compte :

- Mark "VOID" across the face of the cheque / *Inscrivez « NUL » sur le chèque.*
- Attach the cheque to this document / *Annexez le chèque au présent formulaire.*

OR / OU

If you do NOT have a personalized cheque, please have your bank or financial institution complete the following/

Si vous n'avez PAS de chèque personnalisé, demandez à votre établissement financier de remplir la section suivante :

Name of Bank or Financial Institution / *Nom de l'établissement financier*

Address of Bank or Financial Institution / *Adresse de l'établissement financier*

Institution ID/ *N° de l'établissement*

Branch Number/ *N° de la succursale*

Payee Account No./ *N° de compte du bénéficiaire*

Authorized Signature / *Signature autorisée*

Date

Validation Stamp/
Estampille de validation

If you do NOT want to receive a Direct Bank Deposit Statement in the mail, please check here / * (Not applicable for trustees/ *Si vous ne souhaitez pas recevoir un relevé de dépôt bancaire direct par la poste, veuillez cocher ici: Ne s'applique pas aux fiduciaires)*

I / *Je soussigné(e)*, _____, hereby authorize you to credit this account with benefit deposits on behalf of / *vous autorise par la présente à réditer ce compte en y déposant des prestations au nom de*

_____.

Client or Trustee Signature / *Signature du client ou du fiduciaire*

Date

To be completed by Case Manager / *Section réservée au gestionnaire de cas*

Case Manager's Signature / *Signature du gestionnaire de cas*

Date